Hysterie und Frauenkrankheiten

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

C. KUHLMANN

prakt. Arzt

aus Strassburg i. E.

STRASSBURG

Elsässische Druckerei und Verlags-Anstalt

vorm. G. Fischbach.

1894.

Hysterie und Frauenkrankheiten

INAUGURAL-DISSERTATION

der medicinischen Facultät

der

KAISER-WILHELMS-UNIVERSITÄT STRASSBURG

zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von

C. KUHLMANN

prakt. Arzt

aus Strassburg i. E.

STRASSBURG

Elsässische Druckerei und Verlags-Anstalt

vorm. G. Fischbach.

1894.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät der Universität Strassburg.

Referent : **Prof. Dr. Freund.**

Meinen Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet.

Hysterie und Frauenkrankheiten.

Die Hysterie gehört zu denjenigen Krankheitsformen, die von jeher bekannt, auch schon seit längerer Zeit mit einem eigenen Namen bezeichnet werden. Zwar fehlen uns Schilderungen aus den ältesten Zeiten. Aber so gut uns aus dem grauen Altertum Fälle von Wahnsinn (Saul) und Tobsucht (Ajax), überliefert werden, ebenso werden auch damals schon Hysterische sich selbst und ihrer Umgebung zur Last gefallen sein.

Schon Hyppocrates hatte das Gehirn als den Sitz der Seelenthätigkeit angesprochen und erkannt, dass es ähnlich andern Organen, natürlichen Schädlichkeiten ausgesetzt sei. Galen (160 p. Chr.) schritt in dieser Erkenntnis weiter, indem er zur Einsicht kam, dass Hirnleiden sowohl primär als auch secundär durch Affectionen andrer Organe, namentlich der des Abdomens entstehen könnten. Freilich bedeuten die Anschauungen des Mittelalters in dieser Beziehung einen erheblichen Rückschritt. Alle Kranheitsäusserungen, für die man eine wahrnehmbare Grundlage nicht gerade nachweisen konnte, wurden ohne Unterschied als das Werk böser Geister angesehen und danach behandelt.

Dies kann indessen nicht befremden, wenn man bedenkt, dass die gesammte Heilkunde damals mit geringen Ausnahmen fast ausschliesslich in den Händen der Geistlichen lag, die das natürliche Bestreben hatten, den Krankheiten, die sich dem Bereiche ihres Arzneischatzes entzogen, mit geistlichen Mitteln beizukommen, und wenn diese nichts fruchteten, die Patienten mitsamt ihrer Krankheit aus der Welt zu schaffen.

So verstehen wir die Möglichkeit der Hexenprozesse, bei denen neben dem religiösen Wahn, die Hysterie wohl das grösste Contingent von Opfern stellte.

In der Neuzeit ist man von dieser Ansicht zurückgekommen und zu einer anderen gelangt; ob dieselbe freilich zu einer besseren Behandlungsweise geführt hat, ist eine andere Frage.

Da man nämlich eine bestimmte Gruppe von nervösen Erscheinungen ausschliesslich bei weiblichen Individuen auftreten sah, und zwar bei solchen, deren Geschlechtsfunctionen nicht in Ordnung waren, da man ferner bei genauer Untersuchung immer, wenn auch noch so geringe Abnormitäten am Uterus zu finden glaubte, so betrachtete man diese lokalen Veränderungen als Ursache der Erkrankung, welche Auffassung sich auch im Namen Hysterie wiederspiegelt.

Diese geringen Abweichungen hätte man sicherlich auch am normalfunctionnirenden Uterus bei nicht Hysterischen gefunden, wenn man die Aufmerksamkeit darauf gerichtet hätte.

Allmählich erweiterte man den Begriff und als Boden der Erkrankung wurde die Gesamtheit der Geschlechtsorgane nicht der Uterus allein angenommen. Erst in neuerer Zeit ist man zur Erkenntnis gelangt, dass derselbe Symptomencomplex auch bei Frauen mit normalen Geschlechtsfunctionen vorkommt, und dass diese erst im weitern Ver-

laufe beeinträchtigt werden, dass also diese functionnelle Störung nicht die Ursache, sondern ein Folgezustand ist. Am gründlichsten aber wurde diese irrige Meinung widerlegt durch das Vorkommen der Hysterie auch bei Männern.

Die Definitionen für den Begriff Hysterie waren bis vor 3 Jahrzehnten sehr zahlreich. Als man jedoch nach eingehendem Studium die Mannigfaltigkeit der Erscheinungen erkannt hatte, verzichtete man darauf, dieselben zum Zwecke einer Begriffsbestimmung in eine enge Formel zu bringen. Selbst Lasègue, der doch von dem Bestehen strenger Gesetze in den hysterischen Erscheinungen überzeugt war, versucht es nicht einmal eine Definition zu geben. Er sagt einfach: «On désigne provisoirement sous le nom d'hystérie un ensemble de manifestations nerveuses se produisant de préférence chez les jeunes femmes, se rencontrant chez les jeunes gens par une rare exception et ne relevant pas d'une lésion connue des centres nerveux.» (Lasègue, catalepsies spéciales, 1865).

Er zieht das Studium der einzelnen Symptomengruppen vor; nach dieser vorläufigen Arbeit sollten die Bruchstücke vereinigt und das Gesamtbild der Krankheit aufgebaut werden. Dieser Rat Lasègue's wurde befolgt. Die berufensten Autoren beschränkten sich in der Mehrzahl darauf, eine grosse Anzahl von Merkmalen anzugeben, die erlauben sollten, die hysterische Natur einer Erscheinung zu erkennen (Babinsky, Pitres, Gilles de la Tourette). Dieser Entschluss von jeder allgemeinen Definition abzusehen, hatte ohne Zweifel gute Folgen: Er gestattete den Beobachtern ihre ganze Aufmerksamkeit auf die eigenen Beobachtungen zu richten, ohne die Widersprüche berücksichtigen oder sich um Theorien kümmern zu müssen. Nur so war es möglich, die ungeheure Menge von Material zu sammeln, über die wir heutzutage verfügen.

Aber einen Nachtheil hatte dies Verfahren doch: Man gewinnt nämlich eine klare Vorstellung eines einzelnen Merkmales, aber eine sehr undeutliche von der Krankheit, mit welcher man dies Merkmal in Verbindung bringt.

Wenn nun Lasègue meint, dass von der Hysterie noch nie eine Definition gegeben worden noch je würde gegeben werden, so trifft das wohl zu, wenn er eine ideale Definition verlangt.

Ideal ist die Definition einer Krankheit nur dann, wenn sie in einer Formel alle Thatsachen enthält, die überhaupt bei derselben zu beobachten sind. Sie ist unmöglich, weil wir nicht alle Thatsachen kennen. Eine Definition wäre ausgezeichnet, wenn sie nur alle bekannten Thatsachen enthielte ; auch dies ist schwer zu erreichen. Eine Definition genügt indessen, wenn sie in einem Satze die Mehrzahl der bekannten Thatsachen umfasst. Natürlich hat eine solche Formel nur einen vergänglichen Wert; denn im Laufe der Zeit stellt sie sich als zu eng heraus, weil unsere Kenntnisse zunehmen. Indessen wird man eine solche Definition nicht für ungültig erklären, weil die oder jene Einzelheit darin fehlt; um sie hinfällig zu machen, muss man ihr eine einfachere und doch zugleich umfassendere entgegenstellen, welche ausser den bisher citirten auch noch andre Thatsachen enthält.

Wenn man diese bescheidene Auffassung festhält, hat man wohl keinen Grund, die Möglichkeit einer genügenden Definition für die Hysterie in Abrede zu stellen.

Von solchen Erwägungen geleitet, haben einige neuere Autoren die Zeit für gekommen erachtet mit dem einfachen Aufzählen von Thatsachen innezuhalten und so viel als möglich die gewonnenen Kenntnisse für eine Definition zu verwerten. Nun kann eine Definition nur Thatsachen umfassen, indem sie dieselben um ein dominirendes Phänomen

gruppirt, d. h. indem sie an erste Stelle ein bestimmtes Merkmal setzt und zu beweisen sucht, dass alles andere davon abhängt.

In den alten Definitionen stand immer ein physisches Moment im Vordergrund. Da waren es die Lageveränderungen des Uterus, seine Erkrankungen, und die von ihm ausgehenden Schmerzen, die den Schwerpunkt abgaben, um den sich die übrigen Symptome drehten. So konnte die Definition von Fleury (Traité des maladies de l'utérus) lauten: «L'hystérie constitue la forme névropathique appartenant spécialement à la congestion utérine.»

Später wurde mehr der Anfall hervorgehoben und die Hysterie als eine convulsivische Krankheit angesehen. So sagt Brachet: (Traité de l'hystérie, 1847. pag. 204.) «L'hystérie est une névrose du système nerveux cérébral, qui se manifeste plus ou moins brusquement par des crises de convulsions cloniques générales et par la sensation du globe ascendant dans le trajet de l'œsophage, à l'extrémité supérieure duquel il vient se fixer pour y causer une menace de suffocation.»

Allmählich änderten sich die Ansichten; diese rein physischen Definitionen (wenn man so sagen darf) genügten nicht mehr. Man suchte unter den psychischen Phänomenen, die man schon lange bei der Hysterie beobachtet hatte, nach einem Hauptsymptom, zu dem man eine grosse Zahl von Thatsachen in ein Abhängigkeitsverhältniss bringen könnte. Von da an beruhten die Definitionen der Hysterie auf psychologischer Basis.

In dieser Beziehung ist das Buch von Briquet (Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie) von Bedeutung; Es stellt gewissermassen ein Bindeglied dar zwischen der rein physischen Auffassung und den psychischen Auslegungen der Hysterie.

Er sagt l. c. pag. 3.:

« L'hystérie est une névrose de l'encéphale dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux, qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions.»

Die Hysterie wurde also zu einer Emotionskrankheit, d. h. zu einer solchen, die sich nach einem bestimmten Reize manifestirt. Ohne Zweifel kann man eine grosse Zahl von Symptomen mit einem solchen Reize in Verbindung bringen. Leider ist der Mechanismus des Reizes von Briquet sehr wenig studirt und die Erklärung der Hauptsymptome ist ziemlich dunkel. Ein Punkt vor allem blieb besonders anstössig: Der Reiz ist ein offenbar accidentelles und momentanes Phänomen, wie kann man dauernde Erscheinungen, die sich über Monate und Jahre hinziehn, von ihm abhängig machen? Und wie könnte man das Andauern des Reizes annehmen, wenn der Kranke ganz ruhig und indifferent zu sein scheint? Trotz dieser Mängel muss das Buch von Briquet als Ausgangspunkt für die psychologischen Untersuchungen über die Hysterischen angesehen werden. Erst mit Charcot jedoch begann dies eigentliche Studium. Er hat bewiesen, dass gewisse schwere Störungen nicht erklärt werden könnten durch eine bestimmte schwere Verletzung der nervösen Centren.

In seinen Vorlesungen von 1884—85 hat er gelehrt, durch eine genaue Untersuchung, durch Berücksichtigung der Anamnese, des Fehlens von trophischen Störungen und der Entartungsreaction, der Erhaltung der Sehnenreflexe, der Vertheilung der Anasthesie etc., etc. die Differentialdiagnose zu stellen zwischen einer hysterischen und einer organischen Paralyse. Charcot konnte zeigen, dass es sich um seelische Vorgänge handelte, indem er das Verfahren der Suggestion als eine wissenschaftliche Methode zur Unter-

suchung bei Erkrankungen des Nervensystems einführte. Dabei hat sich herausgestellt, dass diese Lähmung sich durch Suggestion wiederholen könnte, sei es beim Kranken selber, oder bei einer andern hysterischen Person. Später übertrug er dieselbe Erklärung von den Lähmungen auch auf die Contracturen, (l. c. pag. 375, 394), auf die Hyperästhesien (l. c. pag. 453) und selbst auf hysterische Zufälle, die allem Anscheine nach ganz andrer Natur waren, nämlich auf das Erwachen, die Anorexie (pag. 241) und auf die Stummheit (pag. 506.) Ueberall betonte er die Wichtigkeit der fixen Idee, welche den hysterischen Zufall wachrief und unterhielt und die Wiederholung identischer Zufälle auf dem Wege der Suggestion.

Diese Auffassung der hysterischen Erkrankung durch Suggestion stiess im Anfang auf heftigen Widerstand, ehe sie so allgemein angenommen wurde wie heutzutage. Zwar ist der psychophysiologische Mechanismus, durch den sich der Vorgang abspielt noch viel umstritten, aber es gibt wohl kaum einen Autor, der vollständig das Entstehen von hysterischen Zufällen durch Nachahmung, durch eine fixe Idee, oder durch Suggestion in Abrede stellte. Charcot hat diese Theorie mit viel Zurückhaltung zur Erklärung von nur wohl definirten klinischen Fällen benutzt. Möbius ist weiter gegangen, indem er sie für alle hysterischen Fälle angewandt wissen wollte und indem er folgende Definition abgab:

«Hysterisch sind alle krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen verursacht sind.» [1]

Diese Definition ist zu weit und zu eng. Denn einestheils sehen wir krankhafte Veränderungen des Körpers, die durch Vorstellungen bedingt sind, und die wir doch

[1] Möbius: Ueber den Begriff der Hysterie (Centralblatt fur Nervenheilkunde von Dr. Erlenmeyer, XI, 1880, N° 3).

nicht zu den hysterischen rechnen können, so z. B. den Ausbruch von Schweiss nach Angst, den Durchfall nach einer Furcht, das Grauwerden der Haare nach einem heftigen Schrecken.

Andrerseits sind noch manche andre Erscheinungen hysterisch, die man nicht einfach mit Vorstellungen erklären kann; selbst wenn man von der Stigmata absieht.

Man musste also die Vorstellung als Hauptmoment der Definition aufgeben und sich nach einem andern umsehen.

Wiederum waren es die Studien Charcots und seiner Schüler, welche die grosse Rolle des Somnambulismus in der Hysterie nachwiesen. Dies Phänomen zeigt sich zuerst spontan bei den Kranken und zwar unter verschiedenen Umständen. Bald besteht es unter der Form des nächtlichen Somnambulismus, bald entwickelt es sich am lichten Tage unter der Form eines Anfalls mit oder ohne vorhergehende Zuckungen. Bei der Mehrzahl der Hysterischen kann er künstlich hervorgerufen werden und bietet dann dieselben Charaktere, wie der natürliche Somnambulismus. Bei der grossen Mannigfaltigkeit dieser Zustände ist es schwer eine Haupterscheinung zu finden, die den Somnambulismus charakterisirt. Es ist eine bekannte Thatsache, dass im wachen Zustande eine vollständige Amnesie besteht für alle Vorgänge im somnambulen Zustande. Nach P. Janet (Arch. de Neurologie 1893, 76 pag. 428) scheint das gänzliche Vergessen in der That das einzige Charakteristicum des Somnambulismus zu sein. Sobald das Individuum wieder in den somnambulen Zustand verfällt, schwindet die Amnesie und es tritt wieder vollständige Erinnerung ein für das, was sich in den vorhergehenden Anfällen von Somnambulismus abgespielt hat.

Ein solches Individuum lebt sozusagen in zwei verschiedenen Sphären, es hat zwei psychologische Existenzen, die

auf einander folgen, nach einander in ihre Rechte treten, die aber auch ebensogut neben einander bestehen können. (P. Janet: Automatisme psychologique 1889, pag. 448.) Der betreffende Kranke hat dann in der einen Existenz Empfindungen und Bewegungen, die ihm in der andern vollständig unbekannt sind und vereinigt in sich zwei Charaktere und gewissermassen zwei Persönlichkeiten.

Fasst man den Somnambulismus so auf, dann ist leicht einzusehen, dass eine grosse Zahl hysterischer Erscheinungen sich daran anschliesst. Nicht allein die längern Perioden der zweiten Existenz, sondern auch Zustände kürzerer Dauer, in denen der Kranke automatisch zu gehen und zu handeln scheint: die Extasen und die mehr oder weniger ausgesprochenen Katalepsien.

Charcot hat zuerst auf die engen Beziehungen zwischen dem somnambulen Zustand und dem hysterischen Anfalle hingewiesen. Er hat gezeigt, dass wir im Anfalle sehr oft Phänomenen somnambuler Natur begegnen und umgekehrt.

Ein Individuum setzt in einem späteren Anfalle die in einem vorhergehenden begonnenen Handlungen und Träume fort; er hat im somnambulen Zustande dieselben Strangulationen, dieselben Contracturen wie im Anfalle; endlich werden somnambuler Zustand und Anfall durch dasselbe Verfahren beeinflusst resp. beendigt.

(Charcot: Maladies du syst. nerveux. T. I. pag. 447). Ausserdem bietet das Verhalten des Gedächtnisses in den beiden Zuständen (Anfall und Somnambulismus) eine Eigenthümlichkeit, es ist sozusagen reciprok. Der Kranke erinnert sich im Anfall wohl an den somnambulen Zustand und nur im letztern findet er das klare Erinnerungsbild des Anfalls. (P. Janet: Automat. psychol. pag. 87.)

Nun lässt sich oft zwischen dem somnambulen und dem normalen Zustand nur schwer eine Grenze ziehn. Wir sehen

vielmehr nicht selten den somnambulen Zustand sich in den normalen hineinverlängern, dann haben wir den sog. «Hemisomnambulismus» (Ch. Richet). Dann werden nicht alle psychologischen Phänomene, die sich im Gehirne abspielen, in derselben persönlichen Wahrnehmung vereinigt, ein Theil bleibt unverarbeitet, mit dem Bestreben eine von der ersten unabhängige Persönlichkeit zu bilden. Eine Anzahl hysterischer Erscheinungen finden nur in der Annahme dieses Hemisomnambulismus ihre Erklärung. Wenn z. B. eine fixe Idee sicher vorliegt, von der der Kranke keine Ahnung hat, was aber nicht hindert, dass alle seine Handlungen das Gepräge des Gezwungenen an sich haben. Wir sind dann imstande, im somnambulen Zustande die Natur und den Ursprung der fixen Idee klarzustellen. Hier spielt dann offenbar der Somnambulismus in den wachen Zustand hinüber. Wir müssen demnach annehmen: «Jene Spaltung des Bewusstseins, die bei den bekannten Fällen als double conscience so auffällig ist, bestehe in rudimentärer Weise bei jeder Hysterie, die Neigung zu dieser Dissociation und damit zum Auftreten abnormer Bewusstseinszustände, die wir als «Hypnoide» zusammenfassen wollen, sei das Grundphänomen dieser Neurose».[1]

Diese vorhergehenden Definitionen sind sicher sehr allgemein, sie umfassen auch die meisten hysterischen Erscheinungen; aber andererseits ist auch klar, dass sie andre wichtige Merkmale, nämlich die Stigmata völlig unberücksichtigt lassen. Einige Autoren haben zwar versucht auch diese durch eine fixe Idee zu erklären; dies wäre einfach, wird aber durch die Thatsachen widerlegt. Die von fixen Ideen abhängigen Erscheinungen, die Tics, sind sehr wechselnd; die Stigmata sind ganz regelmässig und sind

[1] Breuer und Freund: Neurologisches Centralblatt, p. 43 (Ueber den psychischen Mekanismus hysterischer Phänomene).

dieselben geblieben seit dem Mittelalter bis auf unsere Tage; die Kranken selbst haben meistentheils keine Ahnung von ihrem Bestehn; ausserdem treffen wir die Stigmata schon im Beginn der Erkrankung, während die fixen Ideen doch erst im weitern Verlauf zur Entwickelung gelangen. Offenbar haben wir es hier also nicht mit einer Vorstellung als ursächlichen Moment zu thun, sondern hier liegt vielmehr eine Einschränkung des «champ de la conscience» vor. (P. Janet: Automatisme psycholog. pag. 194). Nach P. Janet, der ihn eingeführt hat, bedeutet dieser Begriff die grösstmögliche Zahl von einfachen oder relativ einfachen Phänomenen, welche jeden Augenblick im Geiste vereinigt werden können. Dass dieser «champ de conscience» bei den Hysterischen sehr klein erscheint, erhellt daraus, dass er von einer einzigen relativ einfachen Empfindung oder Erinnerung eingenommen wird. Diese Einengung ist nur der Ausdruck für die allgemeine cerebrale Erschlaffung. Nur so können wir die brusken Stimmungswechsel bei Hysterischen erklären, indem ein kurzer Reiz im Stande ist die vorherbestehenden Vorstellungen plötzlich zu verwischen: Ebenso auch die Stigmata und Anästhesien.

Der Kranke ist von irgend etwas so in Anspruch genommen, dass ihm mechanische Reize gar nicht zu Bewusstsein kommen, er sie mithin auch nicht wahrnimmt. Wir müssen zugeben, dass die Localisation der Anästhesie von einer fixen Idee oder einer Suggestion abhängen kann, aber die Anästhesie an und für sich ist der Ausdruck für die Insufficienz der persönlichen Auffassung; diese Einengung des «champ de conscience» gestattet die in den vorhergehenden Definitionen enthaltenen Erscheinungen zusammenzufassen einschliesslich der Stigmata, die darin nicht vertreten waren.

Brachet sagt (Traité de l'hystérie 1847, pag. 294.):

«Nous disons hardiment, non, le cerveau n'est pas essentiellement lésé dans l'hystérie»; Wenn wir diese Ansicht mit der heutigen Strömung vergleichen, so müssen wir feststellen, dass die Theorie der Hysterie sich im Laufe der Zeit mehr und mehr zu Gunsten der psychischen Auffassung gewendet hat. (Jolly: Berl. Klin. Wochenschrift 93, 94).

In der That besteht in neuerer Zeit das Bestreben, die Hysterie zu den Geisteskrankheiten zu rechnen. Nach Charcot, Marie und Sollier (Amnésies 1892, pag. 323.) ist die Hysterie keine Krankheit im eigentlichen Sinne des Wortes, sondern nur eine eigenthümliche Art zu empfinden und zu reagiren. Freilich würde eine solche Auffassung von der Hysterie sich auf eine grosse Zahl von Erscheinungen anwenden lassen, die früher für physische gehalten wurden. Wir erinnern nur an die Lähmungen und Contracturen und ihre Erklärung durch fixe Ideen. Indessen, man muss es zugeben, bleiben noch manche hysterische Erscheinungen, deren psychologische Erklärung wenig vorgeschitten und überhaupt wenig wahrscheinlich ist.

Dahin gehören die visceralen Erscheinungen, die vasomotorischen und secretorischen Störungen; und zuletzt die trophischen Störungen. Einige darunter sucht man durch die Annahme zu erklären, dass der ganze Organismus sich in einem andauernden Reiz- oder Aufregungszustande befindet. In der That finden wir eine gewisse Aehnlichkeit zwischen einigen hysterischen Störungen und solchen, die wir im gewöhnlichen Leben als Begleiterscheinungen eines Affektes beobachten. (Das Erythem und der Ikterus nach Aufregung, die Trockenheit des Mundes in der Angst, Erbrechen vor Ekel, etc.).

Wenn nun noch unerklärte Thatsachen übrig bleiben, so müssen wir, um sie einigermassen zu verstehen, an ähnliche Vorkommnisse bei andern Geisteskrankheiten denken. Die-

selben beruhen auf unbekannten Veränderungen des Gehirns. Es ist nun nicht anzunehmen, dass dieselben in einem sonst gesunden Organismus ganz isolirt auftreten. Vielmehr lassen es die zahlreichen wechselseitigen Beziehungen und Einwirkungen der Organe auf einander fast selbstverständlich erscheinen, dass eine Insufficienz in den Cerebralfunctionen von manchen anderen Störungen begleitet sein muss.

Wenn wir nun eine Definition geben sollen, die allen Anforderungen entspricht, d. h. die Mehrzahl der Phänomene zusammenfasst, so würden wir der von P. Janet den Vorzug geben. Er sagt (Arch. de neurologie, 93, 77.):

« L'hystérie est une forme de la désagrégation mentale caractérisée par la tendance au dédoublement permanent et complet de la personnalité. »

Für die Berechtigung einer Einreihung der Hysterie in die Gruppe der Geisteskrankheiten spricht ferner auch die bedeutende Rolle, welche die pathologische Heredität spielt; und wir können wohl im weitesten Sinne des Wortes die Hysterie eine Degenerationserkrankung nennen.

Vor nicht allzulanger Zeit war die Frage nach der Aetiologie der Hysterie eine ziemlich müssige. Der Name sagte es ja: in einem Sexualleiden war der Grund zu suchen. Im Laufe der Jahre indessen haben sich die ætiologischen Momente gemehrt, und es wird wohl dazu kommen, dass den Sexualleiden nicht mehr eine so hervorragende Bedeutung beigemessen wird, wie man noch heutzutage zu thun geneigt ist. Freilich wird man dann die Ethymologie des Wortes unbeachtet lassen müssen. Wenn dieselbe jedoch stören sollte, so wäre es nach dem Vorschlage Charcot's besser, das Wort Uterus umzuändern als das Wort Hysterie.

In der Aetiologie der Hysterie müssen wir zwei Hauptgruppen von Momenten auseinanderhalten: Prädisponirende und determinirende Ursachen. In Bezug auf die Præ-

disposition herschte früher die Anschauung, dass die Hysterie ausschliesslich ein Privilegium des weiblichen Geschlechtes sei. Von dieser einseitigen Auffassung ist man heutzutage im allgemeinen abgekommen, wenngleich wir zugeben müssen, dass das männliche Geschlecht in dieser Beziehung erst in zweiter Linie unsere Beachtung verdient.

Warum gerade der weibliche Organismus mehr für Hysterie disponirt ist, darauf werden wir später zurückkommen.

Ebenso wenig können wir in einem bestimmten Alter eine Prädisposition für die Erkrankung erblicken. Denn wir sehen, dass weder das zarte Kindesalter, noch die vorgerücktere Lebensepoche davon verschont bleibt. Dies können wir wenigstens für das männliche Geschlecht so ohne alle Einschränkung hinstellen. Beim weiblichen Geschlecht sehen wir allerdings die Mehrzahl von Erkrankungen zur Zeit der Pubertät und des Klimakteriums. Diese beiden Vorgänge im Geschlechtsleben des Weibes dürfen wir indessen nicht zu den prädisponirenden Momenten rechnen, wir müssen sie vielmehr in die determinirenden Ursachen einreihen. Von einer Prädisposition bei einem bestimmten Temperament kann vollends keine Rede sein, denn wir sehen sehr verschieden temperirte Leute an der Hysterie leiden von der sanguinischen Dame aus den höchsten Kreisen bis zur lebensmüden Frau aus dem Volk. Ein wirklich prädisponirendes Moment müssen wir hingegen in der pathologischen Heredität erblicken, und zwar insofern als wir bei den Vorfahren eine Störung im Gleichgewichte der Gehirnfunctionen treffen, ohne, wie Klein will, Syphilis, Scrophulose, Tuberculose und dergleichen in Betracht zu ziehen[1]. [Denn auch diesen Affectionen kommt ihr Platz in

[1] P. Klein: Betrachtungen über die Entstehung der Hysterie und deren Behandlung durch die Hydrotherapie, p. 11.

der Reihe der determinirenden Momente zu.] So sagt G. Guinon (Les agents provocateurs de l'hystérie. Th. Paris 1889) ganz mit Recht: «La vraie cause prédisposante de cette névrose est l'hérédité.»

Es bleibt also als wahres prädisponirendes Moment eigentlich nur die hereditäre Belastung, denn wir können sie in der überwiegenden Mehrheit der Fälle in der Anamnese nachweisen. Geschlecht, Alter und Temperament sind in dieser Hinsicht vollständig oder nahezu ohne Bedeutung. Wenn wir bei den prädisponirenden Momenten nur eines für erwiesen befunden haben, so können wir uns bei den determinirenden Ursachen nicht auf die Einzahl beschränken.

In der Litteratur finden sich Fälle, die zwar nicht als Hysterie aufgefasst wurden, deren hysterische Natur wir aber heutzutage nicht mehr verkennen können.

Dieselben wurden nach dem Ueberstehen oder im Verlauf der verschiedensten Erkrankungen beobachtet. Eine Zusammenstellung derselben finden wir bei G. Guinon (l. c.). Ausser dem psychischen und physischen Trauma sind fast alle innern Krankheiten vertreten: allgemeine infectiöse Erkrankungen; krankhafte Zustände charakterisirt durch eine ansehnliche Schwächung des Patienten; Krankheiten des Nervensystems und schliesslich Intoxicationen verschiedener Art (Blei, Alkohol, Quecksilber, Schwefelkohlenstoff). An der Hand einer Reihe von Krankengeschichten wird der Nachweis geliefert, dass es sich thatsächlich um einen causalen Zusammenhang zwischen den oben erwähnten Erkrankungen und den hysterischen Erscheinungen handelt. Aber wie schon oben erwähnt, alle diese Momente spielen nur die Rolle von «agents provocateurs». Durch sie allein kann keine Hysterie zu Stande kommen. Dazu gehört immer die Heredität.

Sind nun ein oder mehrere dieser Momente zugleich gegeben, so können wir zwei verschiedene Arten des Eintrittes der hysterischen Erscheinungen beobachten.

In einem Falle manifestirt sich die Hysterie kurze Zeit nach der Einwirkung des agent provocateur, im andern verläuft bis zu ihrem Ausbruch eine Monate und Jahre dauernde Frist. Selbstverständlich können wir diese Unterscheidung nur da treffen, wo die Dauer des agent provocateur relativ kurz ist oder wenigstens mit annähernder Sicherheit abgeschätzt werden kann. Anders verhält sich die Sache bei chronischen Krankheiten und den langsam wirkenden Vergiftungen. Da können wir natürlich nicht von einem Aufhören der Einwirkung des agent provocateur reden, mithin können wir auch nicht den Zeitabschnitt bis zum Eintritt der Hysterie feststellen. Bei den chronischen Intoxicationen allerdings lässt sich das Aufhören des Einflusses von dem Momente an datiren, wo das Individuum der verderblichen Umgebung entzogen ist (Malerwerkstätte, Spiegelfabrik, etc.), obwohl wir auch ein Weiterwirken des einmal aufgenommenen Giftes nicht in Abrede stellen können, weil die Ausscheidung in der Regel nur sehr langsam vor sich geht.

Auch vom Gesichtspunkte der Localisation aus können wir zwei verschiedene Gruppen von Hysterie wohl unterscheiden. In der ersten sehen wir die Fälle, wo die Erscheinungen localer Hysterie überwiegen; in der zweiten diejenigen, wo die Neurose sich unter einer allgemeinen Form zeigt, ohne dass eine bestimmte Localisation die Scene beherrscht. (G. Guinon, l. c. II, Cap. IV) Dabei ist nicht ausgeschlossen, dass wir bei beiden, einmal allgemeine hysterische Erscheinungen, das andre Mal eine bestimmte Localisation antreffen. Es soll hier nur das Ueberwiegen der einen oder andern Art in Betracht kommen.

Eine Erklärung für diese beiden Gruppen gibt Guinon (l. c. Cap. IV.).

Angenommen die Hysterie bedeute eine Störung der Gehirnfunction, so kann man sagen, dass die überwiegende Mehrzahl der Fälle von localer Hysterie sich auf dem Wege der Auto-Suggestion bilden. Greifen wir als Beispiel für locale Hysterie die Lähmung heraus. Künstlich können wir sie durch mündliche oder traumatische Suggestion hervorrufen. Einmal indem wir den Kranken von der Unbeweglichkeit eines Körperteils überzeugen, das andre Mal, indem wir einen Schock von einer gewissen Stärke auf den Teil einwirken lassen, den wir seiner Function berauben wollen.

Diese selbe Rolle kann nun von dem agent provocateur übernommen werden. Die Fälle, wo die Hysterie gleich auf das Trauma folgt, sind allerdings selten. In der Mehrzahl verstreicht eine gewisse Incubationszeit bis zum Eintreten der Hysterie: Diese Fälle sind es gerade, deren Entstehungsmechanismus wir der mündlichen Suggestion gleichsetzen wollen. Denn abgesehen von den Patienten, die gewohnt sind, blind zu gehorchen und jede Suggestion gleich beim ersten Einreden hinzunehmen, stösst die zu suggerirende Idee immer auf einen gewissen Widerstand von Seiten des Kranken.

Nur allmählich fasst der Gedankeim Gehirn Boden, wo er einmal implantirt, das gewünschte Resultat hervorrufen wird. In den Erscheinungen der Autosuggestion geht die Verwirklichung der objectiven Störung nicht so schnell vor sich. Dies ist der einzige Unterschied. Bei beiden Fällen, den mit schneller und den mit langsamer Entwicklung der Hysterie, dient der lokale Schock als Ausgangspunkt. Warum bei einigen die Störung sofort auftritt, bei andern die Idee der motorischen Ohnmacht eine gewisse Zeit braucht, um sich einzuprägen, scheint nicht so sehr vom Stärke-

grad des Traumas abzuhängen, als vielmehr vom cerebralen Zustand bei den einzelnen Individuen. Wir sehen in der That alle Abstufungen vom ganz normalen Manne, der Dank seinem völligen cerebralen Gleichgewichte ein schweres Trauma erleidet, ohne Schaden zu nehmen, bis zu jenem pathologischen Zustand, wo das geringste Trauma genügt, um gleich eine vollständige motorische Unfähigkeit hervorzurufen.

Bei einer andern Gruppe indessen ist diese Erklärung nicht zulässig. Wir meinen die Fälle von allgemeiner Hysterie ohne bestimmte Localisation. Daraus folgt nicht, dass man zwischen beiden einen nosologischen Unterschied annehmen soll. In beiden Fällen handelt es sich um wahre Hysterie. Nur hat bei dem ersteren der agent provocateur selbst die Erscheinungen der Autosuggestion hervorgerufen; bei dem zweiten hingegen entwickelt sich diese functionelle Störung, deren Resultat die Hysterie ist, erst auf Grund einer allgemeinen Ernährungstörung, die ihrerseits die Grundlage abgiebt für eine mangelhaftige Functionstüchtigkeit des gesamten Organismus im Allgemeinen und des Nervensystems im Speziellen.

War man früher geneigt dem Sexualleiden in der Hysterie eine dominirende Rolle zuzuschreiben, so hat man in jüngerer Zeit begonnen, demselben nicht viel mehr Werth beizulegen als allen andern Momenten, die Hysterie zur Folge haben können. Wir müssen indessen den Sexualleiden doch mehr Aufmerksamkeit schenken und zwar deswegen, weil die sehr wichtige Frage der Therapie je nach der Bedeutung, die man ihnen zuerkennt oder abspricht; eine ganz verschiedene Beantwortung erfahren wird. In dieser Beziehung sehn wir die Autoren in zwei Lager gespalten. In dem einen beanspruchen die Neuropathologen die Behandlung der Hysterie, in dem andern hingegen

wollen die Gynäcologen ihre Rechte daraufgeltend machen. Bevor wir auf diese Gegensätze und eine mögliche Einigung in dieser Hinsicht eingehn, wollen wir die Besprechung der Sexualleiden zu Ende führen.

Schon von jeher kannte man die Veränderungen im ganzen Habitus des Weibes, welche zur Zeit der beginnenden und aufhörenden Periode recht oft eintreten. Von einem zufälligen Zusammentreffen kann hier keine Rede sein. Vielmehr müssen wir einen causalen Zusammenhang zwischen Geschlechtsfunctionen und nervösen Störungen im allgemeinen annehmen. Diese Erscheinungen nehmen an Intensität noch zu, wenn die Geschlechtsfunctionen in irgend einer leichteren oder schwereren Weise alterirt werden. Dass ganz besonders die Erkrankungen des Genitalsystems die normalen Functionen des Nervensystems und der Psyche beeinträchtigen, und in ihrem Gleichgewichte stören, liegt wohl in den bedeutenden Veränderungen, welche diese Organe durchmachen, in den hohen Anforderungen, welche an die weiblichen Genitalien zur Erhaltung der Art im Gegensatz zu dem männlichen Zeugungsapparat gestellt sind, ferner in der innigen Verkettung der weiblichen Genitalien durch ihre überreichen Nervenplexus mit den Hauptleitungsbahnen des Körpers. Wir können indessen nicht behaupten, dass die Schwere der psychischen Störungen in irgend welchem Verhältniss zu der Schwere des Sexualleidens stehe. So z. B. beobachtete Ortscheit einen Fall von Atresia vaginae mit rudimentärem Uterus; die Ovarien lagen beiderseits ausserhalb des Leistencanals und schwollen zur Zeit der Menses an. Die Molimina ad menstruationem waren so heftig, dass der grösste Theil dieser Zeit im Bette zugebracht werden musste. Menstruatio vicaria hatte niemals bestanden und trotz dieses Leidens war bei der 34 jährigen Patientin kein Zeichen nervöser Störung zu finden;

andrerseits sehen wir ganz gerinfügige Veränderungen in der Genitalsphäre den Anlass geben zu den allerschwersten nervösen Erscheinungen. Manchmal beobachten wir auch dieselben ohne alle nachweisbare Laesion oder Anomalität in dem Bereiche der Genitalien und zwar bietet dazu die Ovarie am häufigsten Gelegenheit. Mit derselben haben sich vorzüglich französische und amerikanische Forscher beschäftigt; in Deutschland ist man noch vielfach dagegen eingenommen.

Pitres hat gezeigt, dass bei manchen Frauen eine oberflächliche Hautreizung in der Ovarialgegend dieselbe Wirkung hervorrufen könne, wie ein tiefer Druck auf das Ovarium selbst.

Andererseits hat er bei einzelnen männlichen Hysterischen eine hysterogene Zone verfolgt, die topographisch genau der ovarialen bei der Frau entspricht. Durch diese Thatsachen geleitet sind einige Autoren zur Ansicht gelangt, es handle sich hier um irgend eine einfache Neuralgie oder eine einfache oberflächliche Hyperästhesie. Indessen fallen zwei Beobachtungen an Hysterischen, die gravide wurden gegen diese Anschauung sehr ins Gewicht. Bei der einen (in der Salpétrière) stieg die hysterogene Zone gleich vom Beginne der Gravidität an in den Bauch hinauf und veränderte ihre Lage im selben Grade als das Ovarium zugleich mit dem an Volumen zunehmenden Uterus in die Höhe wanderte. Nach Ausstossung der Frucht nahmen die Ovarien und mit ihnen auch die hysterogene Zone ihre ursprüngliche Stellung wieder ein. Im zweiten Falle handelte es sich um eine leicht hypnotisirbare Person. Um ihr die Schmerzen bei der Niederkunft zu ersparen, versuchte Guinon sie in einer Wehnpause zu hypnotisiren. Dies gelang auch wie gewöhnlich ziemlich rasch. Bei der nächsten Wehe jedoch erwachte die Kreissende. Dieser Vorgang wiederholte sich nach jedem

Einschlafen beim Eintritt einer Wehe. Nun wissen wir, dass das Erwachen aus dem hypnotischen Schlafe u. a. erreicht werden kann durch Reizung einer hysterogenen Zone. Die betreffende Kreissende litt an beiderseitiger Ovarie und naturgemäss muss man zur Annahme gelangen, dass durch das Weiterschreiten der Geburt die Ovarien in irgend einer Weise gezerrt wurden, was denselben Effekt hatte, wie der Druck der Hand durch die Bauchdecken hindurch, nämlich das Erwachen aus dem hypnotischen Schlafe. (P. Guinon l. c. p. 208.)

Sicher müssen wir dem Ovarium bei der Ovarie irgend eine causale Bedeutung zuschreiben. Aber deswegen, weil es einen hysterogenen Punkt darstellt, kann man es doch nicht als Ursache der Neurose an sich hinstellen! Man ist doch niemals auf den Gedanken gekommen eine hyperästhetische Hautstelle, welche berührt oder sonstwie gereizt einen Anfall hervorruft, als die Ursache der Hysterie anzusprechen! Warum sollte man dann dem Ovarium mehr Bedeutung zuerkennen. Auf die Thatsachen, die zu Gunsten einer solchen Auffassung zu sprechen scheinen, werden wir noch später zu reden kommen.

Ausser bei Veränderungen in den Genitalorganen selbst, sehn wir auch Hysterie bei pathologischen Vorgängen in dem dieselben umgebenden Bindegewebe und zwar am häufigsten bei der Parametritis chronica atrophicans, auf deren Vorkommen und Bedeutung für die Hysterie zuerst von W. A. Freund die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist. Je nachdem eines von den 3 Centren des Nervensystems in den Erscheinungen besonders hervorragend zu Tage tritt, unterscheidet Freund eine sympathische, eine spinale und eine cerebrale Form der Hysterie[1]. Was die Einzelheiten

[1] Gynäkologische Klinik, I. Band.

darüber betrifft, lesen wir l. c. pag. 263 u. ff. ungefähr folgendes. Der Entwicklungsgang des klinischen Bildes ist in allen 3 Gruppen ein solcher, dass auf sensible Störungen motorische, sekretorische und in manchen Fällen trophische folgen und dass im Beginne Erregungserscheinungen vorherrschen, später Depressions- und Lähmungserscheinungen sich geltend machen. Es stimmt mit den allgemeinen pathologischen Erfahrungen überein, dass im weitern Verlaufe diese Gruppirung der krankhaften Erscheinungen keine absolut abschliessende und dieser Entwicklungsgang kein absolut stringenter ist. Im Beginn des Prozesses aber lassen sich die angegebenen Lineamente immer hinreichend markirt erkennen.

In der sympathischen Gruppe eröffnen regelmässig Neuralgien des Magens und der Gedärme den Reigen; Nieren und Blasenschmerzen, schliessen sich an, welche sich von anderseitig in diesen Organen erregten Schmerzen durch ihr oft sehr regelmässig intermittirendes Auftreten und durch das normale oder annähernd normale Verhalten des Urins unterscheiden; seltener beobachtet man Neuralgien des Herzens. Darauf entwickeln sich krampfhafte Störungen: peristaltische Unruhe des Verdauungstractus vom Schlunde an abwärts bis zum After, der Harnblase; die verschiedenartigsten Störungen in der Action des Herzmuskels; Respirationsbeschwerden. Gewöhnlich sehr bald nach dem Auftreten der Erregungserscheinungen entwickeln sich sekretorische Störungen an den Drüsenapparaten der Verdauungsorgane und der Genitalschleimhaut.

Das sind also die Symptome, die bekannt sind unter der Bezeichnung der Neuralgia cœliaca, Cardialgie, Enteralgie, Vomitus, Globus, Dyspepsie, der urina spastica, des Laryngismus, der Suffocatio, der Tachycardie, des Spasmus cordis der Hysterischen.

Die spinale Gruppe beginnt mit spontan und durch Druck gesteigerter Schmerzhaftigkeit bestimmter Stellen des Rückgrats. Von da aus verbreiten sich die Schmerzen im Halbkreise, selten kreisförmig um den ganzen Rumpf entlang der Spinalnerven, schief nach vorn abwärts. Später erst treten Schmerzen im Ischiadicus und Plexus bracchialis auf.

Sehr früh gesellen sich zu den sensibeln Reizerscheinungen Lähmungssymptome. Anästhesien oder auch perverse Empfindungen treten neben Neuralgien in regelloser Verteilung auf mit häufigem und überraschend schnellem Wechsel der Lokalität.

Im weiteren Verlaufe treten zu den sensibeln Störungen motorische hinzu. Zuckungen in allen möglichen Arten und Graden; später Lähmungen in den bekannten mannigfaltigen Bildern der „hysterischen Paralysen".

Das sind die Symptome, die gewöhnlich zusammengefasst werden unter der Bezeichnung der verschiedenen Neuralgien, der Hemianästhesie und der hysterischen Paralyse.

Die dritte Gruppe der von der chronischen Parametritis abhängigen Reflexerscheinungen umfasst die cerebralen Symptome, von denen die Trigeminusneuralgie in den verschiedensten Graden und Ausbreitungen mit den bekannten Schmerzdruckpunkten am Gesicht das erste in der Reihe darstellt. Zu dieser gesellen sich anfallsweise auftretend halbseitiger Kopfschmerz und an bestimmten Stellen des Schädels fixirte Schmerzen. Oft hat man in solchen Fällen zugleich perverse Functionirung des Gehör-, Geruch- und Geschmacksinnes beobachtet; Steigerung, selten Herabsetzung der sekretorischen Thätigkeit der Augen-, Nasen- und Mundschleimhaut. Das Gehirn selbst äussert unter diesen Umständen seine Mitleidenschaft durch allgemeines Unbehagen, Schlaflosigkeit oder unerquicklichen, von widerlichen und ängstigenden Träumen durchflochtenen

Schlaf, Reizbarkeit, bewusste Abnahme der Energie der intellectuellen Functionen, abhetzende Ideenflucht, Hallucinationen.

Dies ist der Complex von Erscheinungen, welche unter den Benennungen der Trigeminusneuralgie, Hallucination, Depression, Agrypnie der Hysterischen bekannt sind.

Bei dieser Affection des Parametriums mag dann wohl ein Druck auf die Sympathicusfasern entstehn, der dann eine unmittelbare Ursache für die Hysterie abgibt.

Ueber den Zusammenhang der Parametritis chron. atroph. mit der Hysterie äussert sich dann Freund weiter. l. c. pag. 281.

Es können bei torpiden oder bei in jeder Beziehung widerstandskräftigen Personen jene Erscheinungen wohl in sehr geringer In- u. Extensität sich bemerkbar machen; sie fehlen aber niemals gänzlich. Andrerseits gibt es Hysterie bei Personen, an denen man die chron. Parametritis nicht nachweisen kann. Freund gibt also ganz der Wirklichkeit entsprechend noch andere Möglichkeiten für die Entstehung der Hysterie zu als die eben beschriebene Affection des Becken-Binde-Gewebes.

Wenn man aber wie Klein (l. c.) umgekehrt jede hysterische Erkrankung auf einen solchen abnormen Druck zurückführen will, so ist das ohne Zweifel zu weit gegangen. Auch ist ihm seine Beweisführung nichts weniger als geglückt. Des weiteren macht sich Klein die Pathogenie der Hysterie aus diesen pathologischen Beckenveränderungen ziemlich leicht. Er gibt einfach ein Bild von den verschiedenen Stadien der Parametritis chronica atrophicans und schliesst mit den Worten (l. c. pag. 27): «Die unvermeidliche Folge dieser krankhaften Zustände ist allgemeiner Schwächezustand des Organismus, functionelle Störungen aller Art: in der Innervation, in der Nutrition, Sekretion

und Absorption.» Wir glauben, dass die Ernährungsstörung das Hauptmoment ist, und sich alle andern darauf zurückführen lassen. Denn wir wissen, dass nach andern den Organismus schwächenden Zuständen Ernährungsstörungen und Hysterie auftreten können. Demnach müssen wir auch der Klein'schen Theorie den Vorzug absprechen, der nach der Meinung ihres Erfinders ihr ausschliesslich zukommt, nämlich das Vorkommen der Hysterie auch beim Manne zu erklären. Andre Theorieen thun dies sicher ebenso gut.

Müssen wir auf der einen Seite annehmen, dass Genitalleiden unzweifelhaft die Grundlage für Hysterie abgeben können, so dürfen wir auf der andern Seite nicht vergessen, dass auch das umgekehrte Verhältnis eintreten kann; nämlich Genitalleiden oder wenigstens Störungen in den Geschlechtsfunctionen im Gefolge von Hysterie oder von einem heftigen Affekt überhaupt. So sehn wir nach einer plötzlichen Gemütserschütterung bei fliessenden Menses nicht selten suppressio mensium eintreten. Höchst interessant in dieser Beziehung ist jene Menostase junger verheirateter Frauen, welche voller Sehnsucht Mutter zu werden, mit grosser Aufregung dem Ausfalle der nächsten Menstruation entgegensehn; ferner das Aussetzen der Periode bei ausserehelichen Umgang pflegenden Frauenzimmern, die aus Furcht vor Schwängerung mit Angst den Eintritt der Periode abwarten, die obschon Conception nicht erfolgt ist, nicht selten ausbleibt.

So bildet sich gewissermassen ein Circulus vitiosus aus, indem einerseits Genitalleiden eine schädliche Rückwirkung auf die Psyche und Affectionen der Letzteren wiederum Störungen in den Sexualfunctionen zur Folge haben können.

Ausser dieser Benachtheiligung des weiblichen Geschlechtes gegenüber dem männlichen müssen wir noch eine andere in der Erziehung der Frau suchen.

Jul. Glax (über den Zusammenhang nervöser Störungen mit den Erkrankungen der Verdauungsorgane und über nervöse Dyspepsie. Leipzig. In Sammlung klinischer Vorträge von Vollmann 1882., 8. Serie.) sagt :

« Bedenkt man die Anforderungen, welche in den Schulen gestellt werden und namentlich die verrückte Erziehung der Mädchen, welchen gerade in der Entwicklungsperiode, die grössten geistigen Anstrengungen zugemutet werden, so wird man begreifen, dass jede Erkrankung, welche ein derartiges Individuum trifft, einen nervösen Charakter annehmen muss. »

Wenn auch die Ausdrucksweise vielleicht ein wenig scharf ist, so können wir einen wahren Kern in diesen Zeilen nicht verkennen. Auch muss man bedenken, dass die Art zu fühlen bei der Frau von der des Mannes ganz verschieden ist. Sie ist zum Empfinden geschaffen und Empfinden ist fast so gut wie Hysterie (Briquet l. c. p. 50).

Wie über das Wesen und die Aetiologie der Hysterie, so sind auch in der Therapie die Ansichten sehr verschieden. Denn die Frage der Therapie musste je nachdem man die Hysterie nur als eine Begleiterscheinung eines Sexualleidens oder als eine selbstständige Erkrankung auffasste, eine sehr verschiedene Beantwortung finden. Gynäcologen und Neupathologen betrachten sie jeder als zu ihrer Domäne gehörig und jeder will das Recht alleiniger Wahrheit für sich in Anspruch nehmen. Wenn wir nun auch nicht gerade zweierlei Wahrheit anerkennen, so gehen wir doch nicht fehl mit der Behauptung, dass beide Recht haben. Denn es gibt Fälle von Hysterie, die entschieden dem Gynäcologen überwiesen werden müssen, wie auch wieder andere, — und dies ist die überwiegende Mehrzahl — die einer rein psychischen Behandlung bedürfen. Dass eine solche Unterscheidung heutzutage nicht strenge durchgeführt wird, sondern

sehr oft urteilslos nach der einen oder andern Seite hin gesündigt wird, liegt weder im Interesse der Wissenschaft noch viel weniger im Interesse der Kranken. Einen wahren Vorteil werden die letzteren nur dann von einer ärztlichen Behandlung haben, wenn der Gynäcologe und der Neuropathologe sich verständigen und sich die passenden Fälle zuweisen.

In dieser Hinsicht lag freilich von jeher der Mangel an Selbstüberwindung auf Seiten der Gynäcologen.

Bis vor noch zwei Jahrzehnten waren die gynäcologischen Eingriffe, wenn auch manchmal sehr schädlich, doch im allgemeinen nicht schwer oder lebensgefährlich. Man begnügte sich mit Excisionen aus der Portio oder mit der Cauterisation des Cervix. Dies Verhalten aber änderte sich und man wurde kühner als im Jahre 1872 Hegar und Battey zuerst die Extirpation normal gelegener und nicht oder nur wenig veränderter Ovarien vornahmen. Den 27. Juli 1872 schritt Hegar zur Abtragung der beiden Ovarien bei einer dysmenorrhoischen 27jährigen Frau, welche zur Zeit der Menses unerträgliche Schmerzen in der Ovarialgegend hatte. 20 Tage später, den 17. August machte Battey in Amerika dieselbe Operation unter denselben Bedingungen bei einer 30jährigen Frau mit menstrueller Ovaralgie. Die Kranke Hegars starb in den ersten Tagen an septicher Peritonitis; die Operirte Batteys erholte sich rasch und war von ihren Schmerzen befreit. Während Hegar, enttäuscht durch seinen Misserfolg, von seiner Operation schwieg, um sie erst nach 4 Jahren zu wiederholen und in einer Arbeit davon zu reden, veröffentlichte Battey schon im folgenden September die Gründe, die ihn zu jenem Eingriff bewogen hatten und die Resultate desselben. (Atlanta medical and surgical. Journ. p. 321). Es ist über jeden Zweifel erhaben, dass beide, Hegar und Battey,

ganz unabhängig son einander operirten. Ebenso sicher ist es aber auch, dass beide sich vollständig der Tragweite ihres Verfahrens von Anfang an bewusst waren; wenn auch Hegar Battey vorwirft, dass er nicht genug Gewicht gelegt habe auf die Fernwirkung der Castration, die sich im Organismus zeigt. Abgesehen davon, dass Battey selbst einmal von « the change of life » für einen ganzen Organismus spricht als Folge der Extirpation der Ovarien, dürfen wir diesem Vorwurf doch keine allzugrosse Bedeutung beimessen, weil die Rückwirkung des Ovariums auf die ganze Oekonomie doch nur sehr wenig erforscht und sogar vielfach überhaupt angezweifelt ist.

Als hauptsächliche Folge der Castration weiblicher Individuen müssen wir in erster Linie den Ausfall der Menstruation ansehen. Allerdings haben manche das Weiterbestehen von Blutungen gesehen. Dann ist die Castration nicht vollständig, sei es dass die Ovarien nicht total entfernt oder ein accessorisches Ovarium übersehen wurden. Das Vorkommen der letzteren ist nicht so selten, als es vielleicht auf den ersten Blick scheinen könnte. Weigel (nach Lebec: Arch. génér. de méd. 1882 p. 663) fand auf 600 Frauen 23 mal ein oder mehrere solcher überzähliger Drüsen. Alle andern Hämorrhagieen mit sicherer Vermeidung dieser Fehler und mit allen Charakteren des Molimen menstruale können wir wohl auf die Gewohnheit gewisser Centren zurückführen, regelmässige und periodische Blutwallungen zum Becken zu veranlassen, eine Gewohnheit, die noch einige Zeit dauert. Man sieht auch nach Durchschneidung eines Nerven die betr. neuralgischen Schmerzen nicht sofort aufhören, vielmehr allmählich bis zum völligen Verschwinden abklingen. Man kann wohl für die Blutungen eine ähnliche Pathogenese annehmen, wie es besonders Terrillon gethan hat. Ausserdem liegt kein Grund dafür vor, dass die anticipirte

Menopause sich von der natürlichen unterscheide und diese st nichts weniger als plötzlich in ihrem Eintreten.

In Bezug auf andre Veränderungen nach der Castration herrschst grosse Uneinigkeit. Man hat behauptet, ohne sich auf formelle Beweise zu stützen, dass eine castrirte Frau männlichen Typus annehme. Die Stimme würde rauher und die Stellen des männlichen Bartwuchses würden behaart; diese beiden Eigenschaften bieten aber nichts Auffallendes, indem man sie nicht gar so selten auch bei nicht castrirten Frauen antreffen kann. Allenfalls scheint nach Hegar und Koeberle die Extirpation der beiden Ovarien zu vermehrter Fettablagerung zu prädisponiren.

Theoretisch sollte der Geschlechtstrieb eine erhebliche Verminderung erfahren; dies ist aber bei weitem nicht immer der Fall. Am häufigsten tritt keine Veränderung ein; in manchen Fällen sogar eine Steigerung. Zwischen diesen Resultaten bei der Frau und den Folgen der Castration beim Manne besteht ein absoluter Widerspruch, der sich dadurch erklären lässt, dass die Entfernung der Hoden mit der Unfruchtbarkeit die Impotenz nach sich zieht, während bei der Frau, wenn auch die Möglichkeit der Fortpflanzung in Wegfall kommt, die Möglichkeit eines Versuches wenigstens bestehen bleibt.

Von allen diesen Folgen der Castration bleibt unstreitig die Menostasis die einzige, welche therapeutischen Werth haben kann und zwar auch nur in den Fällen, wo zugleich mit der Menstruation unerträgliche Schmerzen und mit diesen Anfälle auftreten.

Da rechnen wir auch nicht mit Fernwirkungen, die die Unterdrückung der Ovarialfunction hervorbringt, indem wir annehmen, dass die Function der Ovarien die direkte Ursache für diese Leiden ist. Unter dieser Indicationsstellung haben Hegar und Battey operirt. Einer der Vorwürfe

gegen die Operation war, dass noch nie eine nervöse Dysmenorrhoe, mag sie noch so stark sein, den Tod herbeigeführt hat; dies mag vielleicht der Wahrheit entsprechen; aber um einen schweren Eingriff zu rechtfertigen ist nicht eine Bedrohung des Lebens nothwendig, vielmehr genügt es schon vollkommen, dass das Leben zur Qual wird. Ein andres Argument besteht im Ableugnen jeglicher Beziehung zwischen Ovulation und convulsivischen Erscheinungen, die man zu coupiren beabsichtigt. Diese radicale Negation ist aber irrig, wir müssen wohl einen causablen Zusammenhang zwischen beiden Ereignissen annehmen. Ebenso irrig ist es auch, nervöse Störungen und Genitalleiden zu identificiren, wie es z. B. Siegm. Frank gethan hat. (Centr. Bltt. f. Nervenheilkunde, Psychiatrie und gerichtliche Psychopathie Nr. 16; Nervös.), wenn er kurzweg sagt: «Nervös ist nichts Weiteres, als ein Genitalleiden bei dem weiblichen Geschlechte». Würde eine solche Anschauung Boden gewinnen, so würden noch viel mehr operative Eingriffe unternommen werden und man würde sich gar nicht mehr an Indicationen halten, wie sie z. B. von Hegar ziemlich präcise und massvoll gegeben sind.

Es kann dann nicht Wunder nehmen, dass so viele Misserfolge zu verzeichnen sind und zwar nicht allein nach der Hegar'schen Operation, sondern auch nach einer an sich harmlosen und unblutigen Localbehandlung. Dies liegt dann in erster Linie daran, dass man beim weiblichen Geschlechte gleich von vorn herein mit der gynäcologischen Behandlung bei der Hand ist, obschon Anomalien der Genitalien gar nicht existiren oder solche sich doch höchstens nach der psychischen Störung eingestellt haben. Ferner kommt noch ein andrer Grund hinzu, nämlich, dass eine gynäcologische Untersuchung und Behandlung unvermeidlich mit einer grossen psychischen Erregung der Patientin

verbunden sein muss, zumal wenn es sich um eine Virgo handelt. Gerade in solchen Fällen haben viele Neuropathologen die Beobachtung gemacht, dass unter Umständen dies häufige Sondiren und Touchiren sogar zu einer unnatürlichen geschlechtlichen Erregung, zu einer Art geistiger Onanie führen kann, was auf ein erregbares Nervensystem in hohem Grade ungünstig einwirken muss. Sehr scharf spricht sich Runge (Ueber Kopfdruck. Arch. f. Psych. etc. Bd. VI.) in diesem Sinne aus: „Es ist nicht zuviel gesagt, wenn ich behaupte, dass der Schaden für das Nervensystem, welcher durch die gynäcologische Behandlung junger Mädchen angerichtet wird, den Nutzen um das Dreifache übertrifft". Auch berichten einige von einer Verschlimmerung des psychischen Leidens nach grössern Operationen an den Genitalien. Die wirklichen Verschlimmerungen oder constatirten Entstehungen psychischer Leiden nach solchen radical-therapeutischen Eingriffen (Berl. Klin. Wochenschrift 1880 Nr. 34. Péan'sche Hysterotomie mit nachfolgender Manie. Heilung) gehören in das Gebiet der durch operative Eingriffe überhaupt entstehenden Geistesstörungen, die durch Blutverlust, unzulängliche Ernährung des Gehirns und andre unbekannte Momente bedingt sind, welche solche Operationen zur Folge haben.

Wenn man nun genauer beobachtet, wie durch die verschiedensten Operationen an den Genitalien, von der einfachen Clitoridectomie und Clitoriscauterisation bis zur völligen Castration, mitunter auch Heilungen erzielt worden sind, so können wir in allen diesen Eingriffen kein specifisch therapeutisches Mittel gegen Psychosen und Neurosen anerkennen. Die Kunde aber von der vielgepriesenen Wunderwirkung der Castration bei diesen Störungen hat schon so sehr im Laienpublikum Boden gefasst, dass es oft genug schwer fällt, von einer Operation abstehen zu machen.

Da haben sich denn Manche, von der Unfruchtbarkeit des schweren Eingriffs überzeugt zu Scheinoperationen entschlossen und dieselben Erfolge und Misserfolge danach gesehen. Gegen diese Scheinoperationen lässt sich im allgemeinen Nichts einwenden, wenn sie erst nach allen andern zu Gebote stehenden therapeutischen Massnahmen unternommen und niemals bei derselben Person wiederholt werden. In jüngerer Zeit hört man freilich nicht mehr so viel von Fällen, wo eine Scheinoperation oder gar die Castration von vornherein für den einzigen Ausweg gehalten wurde, sei es dass sie verschwiegen werden oder dass sie thatsächlich unterbleiben. Auch beeilt man sich nicht mehr so sehr mit der Publication von Heilungen. Es ist wirklich überraschend zu sehn, wie manche leichten Herzens zur Castration schritten und mit welcher Eile sogenannte Heilungen nach kaum vollendeter Operation veröffentlichten. So las Dawson der Geburtshülflichen Gesellschaft von New-York am 5. Februar 1884 die Krankengeschichte einer geheilten Frau vor, welche er am 19. Januar desselben Jahres operirt hatte und die er im Dezember 1883 zum ersten Male zu Gesichte bekam. Am 15. Mai legte derselbe Dawson derselben Gesellschaft den Bericht einer Frau vor, die er erst seit einem Monat sah und die er am Tage vorher operirt hatte. Im «Il Morgagni» vom 7. Februar 1885 pag. 96 lesen wir einen Bericht Spediaccis über eine Frau mit schweren hysterischen Anfällen, die durch die Castration behandelt wurde. Spediacci fügt hinzu, dass sich seit dem Tage der Operation die Anfälle nicht wiederholt hätten. Dieselbe hatte stattgefunden am 20. Januar 1885, also nicht 14 Tage vorher, wenn man die Zeit für den Druck in Abrechnung bringt.

Wenn wir aus dem Vorhergehenden einen Schluss ziehen sollen, so möchten wir uns dahin aussprechen, dass

man zur Castration greifen soll bei nervösen Dysmenorrhoen, die das Leben unerträglich machen, wenn vorher alle andern therapeutischen Massnahmen sich unwirksam erwiesen haben. Ebenso berechtigt ist die Castration bei solchen Missbildungen des Genitalapparates, die eine Vermehrung der Art ausschliessen und die mit jeder Periode den Grund für Schmerzen und hysterische Erscheinungen abgeben. Die Anzahl dieser Fälle wird sich als eine sehr geringe herausstellen; die überwiegende Mehrzahl wird sich durch eine psychische und roborirende Behandlung bessern und auch heilen lassen. Das Hauptziel der psychischen Therapie bildet dann das Ablenken der Aufmerksamkeit der Kranken von ihrem Zustande, sei es dass man dies durch Mastcur oder durch Hydrotherapie erreichen will. Viel richtiger als eine Therapie scheint uns die Prophylaxe. Durch eine vernünftige Erziehung und Abhärtung muss einer allgemeinen nervösen Anlage bereits in der frühesten Kindheit entgegengewirkt werden.

Treten in der Folgezeit dennoch psychische Anomalien auf, so muss zunächst durch eine rationelle allgemeine Therapie die Constitution des Körpers gekräftigt und nach den allgemeinen Grundsätzen der Nervenpathologie und Psychiatrie die Resistenzkraft des Nervensystems gehoben werden.

Zum Schlusse sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Freund, meinen besten Dank für die gütige Ueberlassung dieser Arbeit sowie für die Uebernahme des Referats auszusprechen.

Die Anregung zu derselben verdanke ich Herrn Dr. Ries, vormals erstem Assistenzarzt an der Gynäkologischen Klinik zu Strassburg. Für seine ausgezeichneten Rathschläge wiederhole ich ihm auch an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank.

Elsäss. Druck. vorm. G. Fischbach, Strassburg. — 1518